

CLASIFICACION PARA EL PROGRAMA DE SERVICIOS MEDICOS DEL CONDADO

_____ Nombre del Aplicante		_____ Número de Seguro Social	
_____ Dirección Postal		_____ Ciudad	_____ Codigo
Teléfono _____		Cómo se enteró de CMSP? _____	

COMPLETE CUIDADOSAMENTE CADA PREGUNTA:

- 1. Es usted ciudadano o residente legal de los Estado Unidos? Sí [] NO []
- 2. Es usted residente del Condado de San Luis Obispo? Sí [] NO []

SI CONTESTÓ “NO” A #1 O 2, POR FAVOR, REGRESE ESTA FORMA A LA RECEPCIONISTA.

- 3. Tiene usted menos de 21 años o más de 65 años de edad? Sí [] NO []
- 4. Está usted embarazada? Sí [] NO []
- 5. Tiene usted cáncer terminal? Sí [] NO []
- 6. Ha perdido usted dos o más extremidades? Sí [] NO []
- 7. Es usted parapléjico o cuadripléjico? Sí [] NO []

SI USTED CONTESTÓ “SÍ” A #3,4,5,6 O 7, DEBERÍA APLICAR PARA MEDI-CAL.

- 8. Tiene niños menores de 21 años de edad que viven con usted? Sí [] NO []
- 9. Cuál es su problema médico? _____
- 10. Ha recibido usted atención médica o surtido alguna receta médica dentro de los últimos 7 De ser así, por favor dé la fecha _____
- 11. Cuándo es su próxima cita con el doctor o necesita surtir su medicina? _____
- 12. Nombre del doctor, hospital o clínica: _____
- 13. Qué medicamentos toma usted por PRESCRIPCIÓN? _____
- 14. Está usted programado para cirugía? Sí [] NO []
De ser así, ¿cuándo? _____
- 15. Está usted incapacitado para hacer cualquier tipo de trabajo por algún problema médico que se espera continuará por 12 meses o más? Sí [] NO []
- 16. Ha aplicado alguna vez para alguno de los programas siguientes, o se propone aplicar para alguno de los programas siguientes?
 - A. Medi-Cal Sí [] NO [] Fecha _____
 - B. Seguro Social Suplementario (SSI) Sí [] NO [] Fecha _____
 - C. Desabilidad de Seguro Social (SSD) Sí [] NO [] Fecha _____
- 17. Es usted un Veterano? Sí [] NO []
- 18. Tiene usted aseguranza médica? Sí [] NO []
- 19. Perdió usted su aseguranza de salud durante el ultimo año por quedarse sin trabajo? Sí [] NO []
- 20. Está usted actualmente trabajando pero perdió su aseguranza de salud debido a que la compañía aseguradora cerró o discontinuó la covertura en esta area? Sí [] NO []
- 21. Esta usted trabajando pero no puede pagar aseguranza de salud debido al alto costo de la covertura? Sí [] NO []

For County Use Only _____

Usted o su representante deberá venir a la oficina de CMSP dentro de los siguientes 7 dias de recibir atención médica o medicinas. La fecha en que usted firme la aplicación para CMSP puede usarse como base para aprovar la eligibilidad de los 7 dias anteriores. En el limite de los 7 dias están incluidos fines de semana y dias festivos.

_____ Firma de la persona que completó la forma	_____ Fecha	_____ Screened by
----------------------------------------------------	----------------	----------------------